Załącznik Nr 1

do Szczegółowych warunków konkursu ofert

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

w Miejskim Centrum Medycznym „Bałuty” w Łodzi

# OFERTA

# na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Pełna nazwa Oferenta:

.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Adres Oferenta:

Kod pocztowy ........... - ................... miejscowość ......................................................................

ul. ................................................................. nr .................

Tel. .......................................................

NIP .................................................................... Regon ..........................................................

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dermatologii zgodnie z ogłoszonym konkursem ofert..

1. Oświadczam, że posiadam wymagane kwalifikacje i uprawnienia niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert.
2. Oświadczam, że dokumentację medyczną pacjentów będę prowadził/a wyłącznie w formie elektronicznej
3. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za cenę ...................................brutto (słownie:………………………………………………………….) za 1 punkt rozliczeniowy
4. Oferuję wykonywanie przedmiotu zamówienia w wymiarze czasu pracy ……………...............godzin tygodniowo.
5. Oświadczam, że posiadam ………………………………letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu dermatologii.
6. Oświadczam, że posiadam: **tytuł specjalisty / specjalizację II stopnia / specjalizację I stopnia\***

................................................

Data ......................................... Pieczątka i podpis oferenta

\*Niepotrzebne skreślić

Zał. Nr 2

do Szczegółowych warunków konkursu ofert

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

w Miejskim Centrum Medycznym „Bałuty” w Łodzi

...................................................................

( imię i nazwisko Oferenta)

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że zapoznałam się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ze wzorem umowy i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że pozostanę związana złożoną ofertą przez okres 30 dni, liczony od dnia upływu terminu składania ofert.
3. Oświadczam, że dokument ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanego rodzaju świadczeń zdrowotnych zostanie złożony najpóźniej do dnia podpisania umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

....................................................................

(data, podpis i pieczątka oferenta)